Sy 46 5

Lane Medical Library

Ueber

die Verhaltung des Chorions.

INAUGURAL-DISSERTATION,

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

UND ÖFFENTLICH ZU VERTHEIDIGEN

am 22. October 1874

VON

David Graetz

aus Schroda (Provinz Posen).

OPPONENTEN:

A. Auerbach, Dr. med.
R. Jaeckel, Dr. med.
F. Behrend, Dr. med.

BERLIN.

BUCHDRUCKEREI VON GUSTAV LANGE (PAUL LANGE).

Friedrichs-Strasse 103.

Seinen

theuren Eltern

in dankbarer Liebe

gewidmet

vom Verfasser.

Während die Placenta, sowohl die Physiologie als die Pathologie derselben, die Aufmerksamkeit der Geburtshelfer schon seit den frühesten Zeiten auf sich gelenkt hat und darüber die mannigfachsten Forschungen angestellt worden sind, ist zwar die Physiologie des Chorions der Gegenstand von Untersuchungen gewesen, dagegen von der Pathologie desselben mit Ausnahme des Myxoms nichts bekannt. Während die Verhaltung der Placenta sehr oft erwähnt wird und als ein pathologisches Ereigniss hinlänglich bekannt ist, wird der Verhaltung des Chorions fast garnicht Erwähnung gethan. Erst in der neuesten Zeit haben die Gynaekologen auf die Verhaltung desselben ihr Augenmerk gerichtet.

C. Ch. Hüter[1]) gebührt das Verdienst auf die Möglichkeit einer Verhaltung des Chorions aufmerksam gemacht zu haben. Er führt auch an, dass das Zurückbleiben desselben die gleichen Erscheinungen hervorrufen kann, wie das der Placentarreste. Er erzählt

[1]) Die Mutterkuchenreste. Monatss. f. Geb. 9. Bd. 1857.

dabei einen Fall. Allein er würdigt die Verhaltung des Chorions nur einer geringen Beachtung.

Nach ihm ist es Winkel[2]), welcher genauer auf die Pathologie und Therapie der Retentio chorii eingegangen ist und seine Ansichten, auf die später näher eingegangen werden wird, durch Beschreibung zweier Fälle illustrirt.

Man sollte nun aus der überaus dürftigen Literatur vermuthen, dass die Retentio chorii ein sehr seltenes Vorkommniss sei. Dem ist aber, wie aus den Krankenjournalen der hiesigen geburtshilflichen Klinik hervorgeht, nicht so. Ich habe in den Journalen vom Jahre 1850 bis Ende Mai 1875 55 Fälle gefunden und zwar vertheilen sich dieselben folgendermaassen:

Im Jahre	1870	kamen	6	Fälle = 10%	vor
„ „	1871	„	6	„ = 10%	„
„ „	1872	„	5	„ = 9%	„
„ „	1873	„	26	„ = 47%	„
„ „	1874 bis Ende Mai		12	„ = 53%	„
		Summa	55	Fälle	

Aus dem Gegensatz, in welchem die geringe Anzahl von Fällen in den drei ersten Jahrgängen stehen

---

[2]) Die Pathol. und Tharapie des Wochenbettes. 2. Aufl. 1863.

zu der grossen Zahl in den beiden letzten Jahren, geht mit Evidenz hervor, dass auch in der hiesigen Klinik, in welcher zwar schon früher solche Fälle beobachtet sind, diese in den letzten Jahren aber besonders mit grösserer Aufmerksamkeit verfolgt wurden. Mit Hülfe der mir von Herrn Geheimrath Martin mit der grössten Bereitwilligkeit zur Verfügung gestellten Fälle und mit Hülfe der über Retentio chorii vorhandenen Literatur habe ich es versucht, einige Schlüsse zur Genese, den Wirkungen und der Therapie der Chorionverhaltung zu ziehen.

Es kann entweder das ganze Chorion zurückgehalten werden oder nur Theile desselben. Von gänzlicher Verhaltung des Chorions sind unter 55 Fällen 17 = 31% vorgekommen; fast gänzlich wurde das Chorion verhalten, so dass nur einzelne Fetzen an der Placenta hängen blieben, in 7 Fällen = 13%; in den übrigen 31 = 15% war das Chorion nur theilweise verhalten.

Die verhaltenen Theile können entweder frei im Uterus liegen oder der Uterinwand adhärent sein. Diese Adhärenz kann entweder eine vollständige Verwachsung durch neugebildetes Bindengewebe oder eine einfache Verklebung sein. Unter den 55 Fällen kamen

25 = 45% vor, wo das Chorion frei im Uterus lag, und 30 = 55% wo das Chorion adhärent war.

Wenn wir auf die Ursachen der Verhaltung näher eingehen, so sind dieselben für die Fälle, wo das Chorion adhärent und für die Fälle, wo das Chorion nicht adhärent ist, verschieden.

Ein adhärentes Chorion kann durch einen Entzündungsprocess entstehen. Dieser Process hat seinen Sitz nicht in dem Chorion, da dasselbe, als eine gefässlose Membran, nicht der Sitz von Entzündungsprocessen werden kann, sondern in der Decidua. Es kommen nämlich Hämorrhagien von den Decidualgefässen ausgehend vor, welche, wenn sie beträchtlich auftreten, die vorzeitige Lösung des Eies herbeiführen können. Aber ebenso können jene Blutungen unbeträchtlich sein, so dass keine frühzeitige Austreibung der Frucht hervorgerufen wird. Das Blutgerinnsel wird dann entweder resorbirt, oder das Fibrin desselben bewirkt eine Verklebung zwischen der Decidua und der Uterinwand, oder aber es entsteht durch eine Entzündung mittelst der ausgetretenen farblosen Blutkörperchen eine Bindegewebsneubildung, welche eine feste Verbindung herbeiführt. Die betreffenden Stellen

zeigen sich dann, wie aus den zwei gleichzeitig zu erwähnenden Fällen zu ersehen ist, verdickt.

M. A., eine 21 Jahre alte, grosse, sehr blasse Blondine, Erstgebärende, war als Kind scrophulös, mit dem 19. Jahre zum ersten Mal und dann unregelmässig schwach, immer schmerzhaft menstruirt. Letzte Regel hatte sie Ende August 1872; während der Schwangerschaft war sie gesund, bis auf Herzklopfen, an dem sie bereits acht Jahre leidet. Spitzenstoss nach innen von der Mamillarlinie, Töne rein.

Am 19. Juni 1873, Nachmittag, kommt Pat. nach dem Gebärsaal. Der Scheidentheil war verstrichen, Muttermund fast zweigroschengross. Aeusserer Befund entspricht der 1. Schädellage.

Am 20. Juni, Vormittag, Austritt der Frucht in erster Schädellage. Die Placenta folgte 15 Minuten später leicht auf Druck.

Die Eihäute, welche rings von dem Placentarrand abgetrennt waren, folgten erst nach lange ausgeübtem Zuge und zwar so, dass man nicht sicher war, ob nicht Chorionreste zurückgeblieben waren.

Das Chorion selbst zeigte zwei thalergrosse Verdickungen, von denen die eine frisch braunroth, die andere völlig entfärbt gelblich-weiss erscheint. 15 Mi-

unten später wird in der Narcose der Uterus explorirt und die Entfernung der sehr vielfach adhärenten Reste vorgenommen. Dieselben erscheinen sehr brüchig, an einzelnen Stellen entsprechend den Adhärenzen sehr bedeutend verdickt.

Am 2. Tage nach der Geburt war der Wochenfluss etwas übelriechend, und an demselben Tage fröstelte Pat. etwas.

Temperatur und Puls während des Puerperiums:

am 1.	Tage	Morg.	T. 37,1	P. 54,	Abd. T. 37,6	P. 66
am 2.	„	„	T. 37,4	P. 76,	„ T. 38,3	P. 64
am 3.	„	„	T. 37,3	P. 68,	„ T. 38,4	P. 84
am 4.	„	„	T. 37,6	P. 84,	„ T. 38,3	P. 64
am 5.	„	„	T. 37,4	P. 68,	„ T. 37,3	P. 84
am 6.	„	„	T. 37,6	P. 68,	„ T. 37,0	P. 72
am 7.	„	„	T. 37,5	P. 66,	„ T. 37,0	P. 70
am 8.	„	„	T. 37,2	P. 72.		

Am 8. Tage p. p. ist Pat. aufgestanden und am darauf folgenden Tage gesund entlassen worden.

Der zweite Fall betrifft eine 21 Jahre alte Erstgebärende, welche seit dem 17. Lebensjahre regelmässig, ohne Beschwerden menstruirt war. Die letzte Regel hatte sie Ende Oktober 1872; sie war während der Schwangerschaft gesund.

Am 6. August 1873 Austritt der Frucht in erster Schädellage, die rechte Hand war an der linken Seite des Halses. Wegen zögernden Durchtritts des Kopfes werden durch den straff gespannten Introitus zwei Incisionen gemacht. Expression vom Rectum aus.

Die Nachgeburt folgte 10 Minuten später leicht auf Druck, mit derselben eine sehr grosse Quantität frisch ergossenen Blutes.

Da sich ein gänzliches Fehlen des Chorions herausstellt, wurde alsbald in der Narcose die künstliche Lösung desselben vorgenommen. Dabei bestanden an vier bis fünf Stellen deutliche Verdickungen der Decidua, so dass die Verbindung mit der Innenwand mühsam getrennt werden musste.

Da die sehr kräftige Neuentbundene durch den mehrfachen, sehr reichlichen Blutverlust erheblich geschwächt erschien, wurde Spir. fer. chlorat. aether. und Eiertrank gereicht, auch alsbald kalte Umschläge ad abdom. instituirt. Die Lochien waren während des Wochenbettes nicht übelriechend. Am 2. Tage p. p. war die Schnittfläche ad commissur. poster. gelblichweiss belegt; es wurde touchirt mit Arg. nitr.; ebenso am 3. Tage, weil das rechtseitige Ulcus grünlich-eitrig belegt war.

Am 11. Tage p. p. ist Pat. gesund entlassen worden. — Eine fernere Veranlassung zur Adhäsion des Chorions liegt, wie aus dem folgenden Fall zu ersehen ist, in einer catarrhalischen Entzündung der Uterusschleimhaut während der Schwangerschaft, wie sie besonders bei Syphilis vorkommt. Die Ernährung des Kindes erleidet keine Störung. Die Schwangerschaft verläuft normal; allein es kann hier zu einer Verklebung oder festeren Adhäsion des Chorions kommen.

C. F., 25 J. alt, I. para, war als Kind gesund, mit dem 22. Jahre zum ersten Mal menstruirt, litt zu dieser Zeit an geschwollenen Füssen; die Menses waren sonst regelmässig, ohne Schmerzen. Die letzte Regel hatte sie Anfang Mai 1873. Während der Schwangerschaft war sie gesund. Mitte December 1873 merkte die Schwangere, dass sie nur sparsam Urin lassen konnte. Eine Woche darauf fand sich eine Anschwellung der Beine ein und am 3. Januar 1874 bemerkte sie nach einem Frostanfall eine Röthung auf den angeschwollenen Beinen, besonders auf dem rechten Beine, welches von dieser Zeit an beträchtlich dicker wurde als das linke. In der Nacht vom 3. zum 4. brach eine Stelle an der Innenseite des rechten Oberschenkels auf und es ist seitdem aus dieser Oeffnung ein wässriger Aus-

fluss bemerkt worden. Wehen sollen noch nicht aufgetreten sein. Die Schwangere sucht am 7. Januar die Hülfe der Poliklinik auf und wurde von der Stadt aus an demselben Tage Abends in die Anstalt befördert. Sie giebt an, dass sie schon früher an Kurzathmigkeit gelitten habe.

Stat. präs.: Beide Unterextremitäten, besonders die rechte, stark ödematös angeschwollen, die rechte ausserdem fast in ihrer ganzen Ausdehnung geröthet. An der Innenfläche des rechten Oberschenkels war eine wunde Stelle, etwa zweithalergross. Leib ist sehr stark ausgedehnt. Aeussere Genitalien sowie die Lendengegend stark ödematös geschwollen, besonders die rechte grosse Schamlippe. Der mit dem Katheter entleerte Urin erscheint dunkel, trübe beim Kochen und bei Zusatz von Acid. nitric. erweist er sich als stark eiweisshaltig.

Am Morgen des folgenden Tages wurde der in geringer Quanität gelassene Urin wieder untersucht, er war stark eiweisshaltig mit massenhaft verfetteten Fibrincylindern und Eiweisskörperchen.

Die Lage des Kindes war entsprechend der zweiten Schädellage. Das Oedem der Labien hat zugenommen, so dass man nur schwer den Muttermund erreichen

kann. Die Epidermis war auf den grossen rechten Lefzen geborsten, die nässende Stelle am rechten Oberschenkel war unverändert. Die Schmerzen waren etwas verringert.

Am 8. Januar Nachmittag erfolgte unter kräftigen Wehen der Austritt des Kindes in 2. Schädellage. Es floss mit dem Kinde viel Fruchtwasser ab. Die Nachgeburt wurde 15 Minuten später durch Druck entfernt. Zugleich damit wird ein grosses Blutcoagulum mit einer glatten convexen Oberfläche exprimirt.

Es fehlte das ganze Chorion. Dasselbe wurde in der Chloroformnarcose in der rechten Seitenlage mit der eingeführten Hand in drei grossen Fetzen entfernt. Dasselbe ist fest adhärent.

Die Temperaturen verliefen während des Wochenbettes zwischen 37,3 und 37,9. Am Abend des zweiten Tages stieg die Temperatur auf 38,2.

Am 1. Tage: Uterusgegend mässig empfindlich, der Ausfluss übelriechend, Oedem der Labien unverändert, Commis. post. wund, gut aussehend.

Verord.: Aq. kreosot. mit Decoct. lini zu Injection; Wasserumschläge.

Am 2. Tage: Uterusgegend im geringen Grade

empfindlich, der Ausfluss ist noch übelriechend bis zum 5. Tage. Ulcera an den Labien vorhanden, am 8. Tage ist das Ulcus der rechten Labie belegt. Am 4. Tage sind die Ulcera rein. Das Oedem hat am 7. Tage erheblich abgenommen. Am 9. Tage ist Pat. aufgestanden und am 11. Tage p. p. entlassen worden.

Was die Ursache der Verhaltung des Chorions, welches frei im Uterus liegt, betrifft, so ist hierüber noch nichts sicheres bekannt. Ist der Placentarrand verfettet, wie es in seltenen Fällen vorkommt, so kann das Chorion leicht abreissen. Und es ist wohl möglich, dass dann durch den schnellen Austritt der Placenta das Chorion zurückbleibt. Ein Fall derart ist folgender:

W. K., eine 25 Jahre alte kräftige Brünette, II. para, als Kind gesund, hatte die ersten Menses im 17. Jahre, gebar einmal vor drei Jahren leicht. Die letzte Regel war Ende März 1870. An den unteren Extremitäten zeigte sich eine starke Venenerweiterung. Am 20. December 1870, Nachmittags, Wehenanfang. Die Blase stellte sich nicht gehörig, daher wurde dieselbe, als die Wehen häufiger und kräftiger geworden waren,

gesprengt. Bald darauf erfolgte der Austritt der Frucht leicht in erster Schädellage. Die Nabelschnur war ein Mal um den Leib und ein Mal um die untere Extremität geschlungen. Die Nachgeburt wurde durch Druck 15 Minuten später abgesondert.

Da der Rand der Placenta grösstentheils verfettet war, so riss das Chorion zum grossen Theil ab, wurde jedoch am Amnion haftend zum Theil herausbefördert. Der Rest desselben, noch im Muttermunde hängend, wurde nachher herausbefördert.

Zwischen dem 2. und 3. Tage p. p. stellte sich des Nachts und am Nachmittag des dritten Tages ein Frostanfall ein.

Temperatnr und Puls während des Wochenbettes:

am 1. Tage	Morg.	T. 37,0	P. 68,	Abd.	T. 37,5	P. 68
am 2. „	„	T. 37,3	P. 72,	„	T. 38,0	P. 68
am 3. „	„	T. 39,5	P. 96,	„	T. 40,0	P. 96
am 4. „	„	T. 37,5	P. 84,	„	T. 38,0	P. 80
am 5. „	„	T. 37,3	P. 84,	„	T. 38,0	P. 84
am 6. „	„	T. 37,0	P. 72,	„	T. 37,5	P. 88
am 7. „	„	T. 37,5	P. 84,	„	T. 37,5	P. 72
am 8. „	„	T. 37,5	P. 72.			

Am 9. Tage ist Pat. aufgestanden und am 11. Tage entlassen worden.

Eine zweite Ursache könnte sein, dass, wenn das Chorion überaus dünn und brüchig ist, unregelmässige Contractionen des Uterus Theile davon lostrennen und im Uterus davon zurückhalten.

Ich glaube, dass folgender Fall in diese Kategorie gehört.

P. S., eine 24 Jahre alte gesunde Blondine, als Kind gesund, war mit dem 17. Jahre zum ersten Mal menstruirt, regelmässig alle vier Wochen. Die erste Geburt war leicht. Die letzte Regel war am 18. Januar 1870. Während der Schwangerschaft war sie gesund.

Am 28. October, Morgens kommt die Schwangere auf den Gebärsaal mit zehngroschengrossem Muttermund. Die Eihäute sind ausserordentlich dünn, so dass man mit ungemeiner Deutlichkeit die Naht des Kopfes durchfühlt, als ob eine Blase gar nicht mehr vorhanden wäre. Die Wehen sind mässig kräftig, erweitern für eine Mehrgebärende den Muttermund ziemlich langsam.

An demselben Tage Nachmittag 3 Uhr erfolgte der Austritt der Frucht in der ersten Schädellage.

Die Nachgeburt folgte ¼ Stunde später durch Druck. An derselben zeigte sich jedoch als Eihaut nur das Amnion. Das Chorion war am ganzen Umfang der Placenta abgetrennt und im Uterus verhalten.

In der Narcose und in der rechten Seitenlage wird das Chorion manuell in einzelnen Stücken aus dem Uterus entfernt. Das Wochenbett verlief normal. Pat. ist am 10. Tage gesund entlassen worden.

Die Diagnose der Retentio chorii ist nicht immer leicht. Ist das ganze Chorion verhalten oder ein grosser Theil, so ist die Diagnose leicht, indem das Chorion bei der Besichtigung der Nachgeburt nicht gefunden wird. Ausserdem treten dieselben Erscheinungen auf, wie bei Verhaltung der Placentarreste: mangelhafte Contractionen des Uterus, profuse Blutungen, wehenartige Schmerzen, nach einigen Tagen auch Abgang derselben in dem Lochialsecret.

Schwieriger ist die Diagnose, wo nur kleine Theile retinirt sind, die man nicht immer bei der Besichtigung der Nachgeburt erkennen kann. Denn oft erscheinen die Eihäute so zerfetzt, dass man nicht mit Bestimmtheit sagen kann, ob schon die ganze Nachgeburt entfernt ist, oder ob noch Reste zurückgeblieben sind. Da ist wohl das sicherste Mittel die manuelle Exploration. Und ich glaube, dass es besser ist, in zweifelhaften Fällen die Untersuchung mit zwei Fingern resp. mit der ganzen Hand vorzunehmen, als zu warten, bis

die Folgeerscheinungen aufgetreten sein werden, aus denen man auf retinirte Chorionreste schliessen kann. Die manuelle Exploration hingegen, d. i. die baldige Entfernung der verhaltenen Chorionreste, bringt der Mutter gewöhnlich keine Gefahr; wartet man aber, bis Folgeerscheinungen der Retentio chorii eintreten, so können dieselben höchst bedenklicher Natur sein und das Leben der Mutter sehr gefährden. Denn nur selten kommt es vor, dass heftige Contractionen des Uterus die zurückgehaltenen Chorionreste heraustreiben, ohne (nach Hueter) besondere Zufälle hervorzurufen.

Gewöhnlich sind die Folgen sehr ernster Natur. Es können entstehen

a) Blutungen,

b) Entzündungsprocesse,

c) pyämische oder septicämische Processe,

d) die Verhaltung der ganzen Nachgeburt.

Nach der Ausstossung des Kindes erfährt der Uterus eine bedeutende Verkleinerung, und dadurch werden die zerrissenen Gefässe in der Wand desselben comprimirt, so dass keine oder nur eine sehr unbedeutende Blutung stattfinden kann. Noch fester wird die Contraction der Gefässe, wenn auch die Nachgeburt aus-

getreten ist, also keinerlei fremdartiger Körper im Uterus haftet. Bleiben jedoch Theile der Nachgeburt im Uterus haften, so kann selbstverständlich die Contraction desselben keine ganz vollständige, die Compression der Gefässe dadurch keine sichere sein. Und Blutungen resultiren aus dieser Retention von Ei- oder Placentarbestandtheilen. Ja die Verhaltung solcher Theile kann sogar zu einer vollständigen Atonie des Uterus, also zum gänzlichen Mangel jeglicher Contraction des Uterus führen. Dieser ist hierbei ausgedehnt, nachgiebig und schlaff. Die Blutungen können so heftig sein, dass sie eine völlige Anaemie zur Folge haben. Die Blutung trotzt allen blutstillenden Mitteln und hört nicht eher auf, bis die verhaltenen Stücke entfernt sind. Die Blutung braucht aber erst einige Tage nach der Geburt aufzutreten, indem die adhärenten Theile sich allmälig ablösen Dadurch ändert auch der Wochenfluss seine Beschaffenheit, er wird sanguinolent. Allerdings kann die Blutung in den späteren Tagen nicht so heftig auftreten, weil der Uterus sich schon stark contrahirt hat. In der „Regel tritt die Blutung innerhalb der ersten acht Tage auf, selten nach dieser Zeit.“ „Und sind die zurückgebliebenen Eihaut- und Placentarreste Ursachen der Metrorhagie,

so findet man den Mutterhals geöffnet; es gelingt hie und da, die aus demselben herabhängenden Eihäute oder auch Stücke der Placenta direct zu fühlen. Ist das nicht der Fall, so kann bei wiederholten Untersuchungen aus der Wiedereröffnung des Muttermundes und aus dem neuen Verstreichen des bereits gebildeten Scheidentheils in der Regel auf einen abnormen Inhalt des Uterus geschlossen werden. Diese Blutungen kommen ausserdem zeitweise sehr stark und verschwinden dann auf einige Tage.“ (Winckel). Wenn man nun weiss, dass die Placenta vollständig entfernt war, so kann man eine Verhaltung der Eihautreste annehmen. Ein Fall, wo die Blutung in Folge des Zurückbleibens des Chorions bald nach der Entfernung der Nachgeburt aufgetreten, ist folgender:

J. G., eine 23 Jahre alte, grosse, kräftige Brünette, Erstgebärende, war als Kind gesund, und ist mit dem 16. Jahre regelmässig menstruirt. Die letzte Regel hatte sie im Monat April 1873. In der Schwangerschaft war Gravida gesund bis auf Kopfschmerzen und Uebelkeit in den ersten Monaten. Am 4. Februar 1874, Morgens, Wehenanfang. Aeussere Genitalien mässig aufgelockert. Der Scheidentheil war ein flacher weicher Wulst, hoch oben und hinten; der Muttermund noch

nicht geöffnet. Wehen waren anfangs sparsam, daher erfolgte erst der Austritt der Frucht zwei Tage nach Wehenanfang in zweiter Schädellage. Das Gesicht dreht sich nach dem linken Schenkel der Mutter, die rechte Schulter schneidet über den Damm. Die Nabelschnur ist zweimal um den Hals geschlungen. Es gelang nicht, sie zu lockern. Sie wurde deshalb beim Austritt des Kindes durchschnitten. Der Damm war wenig eingerissen.

Die Nachgeburt folgte 15 Minuten später leicht auf Druck. Der Uterus contrahirt sich sehr schlecht, so dass eine ziemlich erhebliche Blutung stattfindet. Trotz anhaltenden Reibens des Uterus steht die Blutung nicht; es wird daher Secale innerlich und Ergotin subcutan angewendet, kalte Einspritzungen werden gemacht. Allein die Blutung steht dennoch nicht.

Eine genaue Besichtigung der Nachgeburt ergiebt, dass der grösste Theil des Chorions fehlt. Die Entbundene wird chloroformirt, und in der rechten Seitenlage werden mehrere grosse Fetzen des retinirten Chorions, die stellenweise fest adhärent sind, entfernt. Der Uterus erscheint schlaff. Die Placentarstelle befindet sich an der vorderen Wand. Nach der Entfernung der Chorionreste contrahirt sich der Uterus bei anhaltendem Reiben gut, und die Blutung steht.

Temperatur und Puls während des Wochenbettes:

am 1. Tage Morg. T. 37,5 P. 76, Abd. T. 37,0 P. 80
am 2. „ „ T. 37,9 P. 80, „ T. 38,5 P. 92
am 3. „ „ T. 37,8 P. 80, „ T. 38,7 P. 116
am 4. „ „ T. 37,5 P. 100, „ T. 37,8 P. 96
am 5. „ „ T. 37,9 P. 112, „ T. 37,8 P. 100
am 6. „ „ T. 37,8 P. 80, „ T. 37,8 P. 80
am 7. „ „ T. 37,5 P. 80, „ T. 38,3 P. 80
7. Abd. 9 h. 37,5
am 8. „ „ T. 37,2 P. 84.

Der Ausfluss war am 4. Tage übelriechend, am 5. und 6. Tage p. p. nur wenig, am 7. Tage waren die Lochien nicht mehr übelriechend. Verord.: Aq. kreos. mit Leinsamenthee zur Injection. Im Uebrigen verlief das Wochenbett günstig.

Pat. ist am 8. Tage p. p. aufgestanden und am 9. Tage entlassen worden.

Eine häufige Erscheinung, welche das Zurückbleiben des Chorions zur Folge hat, sind die Entzündungsprocesse. Denn die Uterinfläche ist einer Wundfläche gleich und als solche besonders Irritationen ausgesetzt. Winckel zwar theilt nicht die Ansicht Cruveilhier's, dass der Zustand einer Wöchnerin einer Operirten gleich

sei, ausser bei künstlich beendigten Geburten. Er bekennt sich zu der Ansicht Duncan's, dass nämlich bei der normalen Geburt die Uterusmuskulatur nicht freigelegt, sondern von einer Schleimhaut begrenzt sei. Die tiefe Lage der Decidua bleibe ja auf der Innenfläche des Uterus und mit ihr bleiben Reste der Utriculardrüsen. Diese Membran könne wie jede andere Schleimhaut erkranken. Trete nun diese Uterinfläche mit den Eihautresten in Verbindung, so veranlassen sie einen entzündlichen Reiz. „Sie bewirken Erosionen, Hyperaemien und Schwellung der Theile, mit denen sie in Berührung kommen, namentlich an den verwundeten Stellen." (Winckel). Hat die Wundfläche etwa durch Kunsthülfe, z. B. bei der Zangenoperation, oder durch abnorme Beckenverhältnisse, oder überhaupt durch eine schwere Entbindung tiefere Schleimhautrisse erlitten, so können die verhaltenen Eihautreste die Risse leicht in Ulcera umwandeln: Dieser Entzündungsprocess ist begleitet von einem Frösteln, remittirendem Fieber, der Ausfluss wird übelriechend durch eine abnorm rasche Zersetzung und ist länger als gewöhnlich sanguinolent. Es sind dies Erscheinungen, welche denen der Endometritis entsprechen. Allein der Process kann sich weiter fortsetzen auf das

intermusculäre Bindegewebe. Und so kann durch die septischen Stoffe eine Parametritis zu Stande kommen, wobei das Bindegewebe anschwillt. Die Anschwellung nimmt bei längerer Dauer des Processes leicht zu und drängt sogar bei grosser Anfüllung des Beckens den Uterus zur Seite. Die Hauptsymptome hierbei sind: ein Frostanfall, hohe Temperatur, Schmerzen in der Uteringegend. Schliesslich kann auch, was aber selten geschieht, das Peritoneum afficirt werden.

Ein Fall, wo in Folge der retinirten Reste des Chorions Erscheinungen von Endometritis aufgetreten sind, ist folgender:

A. H., eine 37 Jahre alte, dunkle Blondine, III-para, war als Kind schwächlich, sonst gesund. Sie lernte mit 2 Jahren laufen. Die ersten Menses traten im 17. Jahre ein, sie gebar vor 6 und 3 Jahren leicht lebende Kinder. Das letzte Mal wurde sie in der hiesigen Anstalt entbunden. Die Nachgeburt war adhaerent. Die letzte Regel war Ende März 1870. In der Schwangerschaft war sie bis auf Husten und Erbrechen gesund.

Am 10. Januar 1871 kam die Schwangere in die Anstalt. Die Wehen waren sehr schwach. Am 11. Januar Morgens erschienen die Muttermundslippen angeschwollen. Wehen waren sehr spärlich vorhanden,

Muttermund und Scheide waren gegen Berührung empfindlich. Es wurde eine Dose Plv. Doweri gereicht, worauf Erbrechen erfolgte. Abends hörten die Wehen fast gänzlich auf. Erst am 14. Januar Morgens wurden die Wehen häufiger und kräftiger. Der Muttermund war auch mehr erweitert; die Scheide war nicht mehr empfindlich beim Touchiren. Am 14. Nachmittags war der Muttermund vollständig erweitert. Es schwollen während der Geburt die grossen Schamlippen, überhaupt die äusseren Genitalien etwas an. Bald darauf erfolgte der Austritt der Frucht in der ersten Schädellage, wobei noch viel Fruchtwasser mit Meconium untermischt war. Die Nachgeburt wurde 15 Minuten später durch Druck entfernt.

Es blieben jedoch Stücke des Chorions im Uterus zurück. Da dieselben jedoch nur unbedeutend sein konnten, so wurde nicht mit der Hand eingegangen, um sie zu entfernen. Allein die Folgen zeigten sich während des Wochenbetts.

Der Ausfluss war bis zum 5. Tage blutig und vom 2. bis 10. Tage übelriechend; die Uterusgegend vom 2. bis 4. empfindlich; vom 6. bis 9. Tage war Meteorismus vorhanden; vom 4. Tage ab Schwellung der Labien, die am 10. Tage abnimmt

Temperatur und Puls während des Wochenbettes:

am 1. Tage				Abd.	T. 37,0	P. 96
am 2.	„	Morg.	T. 37,0 P. 72,	„	T. 37,0	P. 84
am 3.	„	„	T. 37,8 P. 84,	„	T. 39,0	P. 112
am 4.	„	„	T. 37,0 P. 96,	„	T. 39,0	P. 120
am 5.	„	„	T. 37,4 P. 96,	„	T. 37,5	P. 96
am 6.	„	„	T. 37,5 P. 96,	„	T. 39,0	P. 96
am 7.	„	„	T. 37,3 P. 96,	„	T. 36,5	P. 84
am 8.	„	„	T. 36,5 P. 84,	„	T. 36,5	P. 84
am 9.	„	„	T. 37,0 P. 84,	„	T. 36,5	P. 72
am 10.	„	„	T. 37,5 P. 84.			

Verord.: Kreosot-Wasser mit Leinsamenthee zur Injection.

Pat. ist am 10. Tage p. p. aufgestanden und am 13. Tage entlassen worden.

Sind die Reste jauchig geworden, so treten pyaemische oder septicaemische Erscheinungen auf, welche sehr gefährlich werden können. Die Ulcera, die früher mit Eiter bedeckt waren, haben jetzt einen missfarbigen diphteritischen Grund mit gewulsteten Rändern; es kommt dabei zum Zerfall der Schleimhaut. Aber auch die darunter liegende Uterinsubstanz wird afficirt; es entsteht eine eitrige Metritis, Parametritis und zuletzt auch eine eitrige Peritonitis. Ebenso führt die Re-

sorption jauchiger Substanzen in die Blut- und Lymphgefässe zur Septicaemie. Diese Septicaemie ist auch mit embolischen Erscheinungen vermischt, indem sich feine Detritustheilchen in die entfernten Gefässe einkeilen und metastatische Entzündung erregen — „metastatische Septicaemie“. Dieser Detritus entsteht durch Zerfall und Verjauchung vorhandener Thromben. Der Thrombus nämlich wird durch die eitrige und fäulige Infection in den centralen Gerinnselschichten erweicht, und so können grössere und kleinere Stücke von dem centralen Theil des erweichten Thrombus abgelöst, mit dem Lymphstrom fortgeführt und nach verschiedenen Organen, am häufigsten nach den Lungen gebracht werden. Und je rascher der Thrombus erweicht und purulent auftritt, um so eher entstehen metastatische Heerde in den Lungen. Allein ebenso wie Embolie in den Lungen sich bildet, können auch Thrombosen im Bereiche des Beckens und der untern Extremitäten entstehen.

Zur Illustration von septicaemischen Erscheinungen in Folge von Retentio chorii diene folgender Fall:

E. H., eine 24 J. alte III para, war als Kind gesund. Sie hatte die ersten Menses im 14. Jahre, regelmässig ohne Beschwerden. Sie ist zwei Mal entbunden, leicht,

vor 4 und 2 Jahren. Die letzte Regel war am 1. August 1871. Während der Schwangerschaft war sie gesund. Am 29. April 1872 kommt die Schwangere auf den Gebärsaal. An demselben Tage erfolgte der Austritt der Frucht nach kräftigen Wehen. Die Nachgeburt folgte leicht auf Druck. Die Nabelschnur war fast central; ein geringer Grad von napfförmiger Placenta. Fast das ganze Chorion ist am Rande abgetrennt und zurückgeblieben. Bald darauf wird in der Narcose das Chorion mit der eingeführten Hand entfernt.

In der Nacht zwischen dem 1. und 2. Tage nach der Geburt trat ein heftiger Schüttelfrost auf.

Am 1. Tg. p. p. Mg. T. 37,8, P. 78. Ab. T. 37,6, P. 64
am 2. Tg. „ T. 40,2, P. 118. Ab. T. 39,6, P. 116
um 10 Uhr 40,5

Pat. zeigte ein sehr benommenes Aussehen, grosses Durstgefühl; die Haut war sehr heiss, mässig feucht. Die rechte Seite der Uterusgegend war mässig empfindlich; der Wochenfluss war übelriechend.

Am 3. Tg. p. p. Mg. T. 39,0, P. 96, Abd. T. 38,3. P. 72
12 h. 39,4 5 h. 38,8

Abgang von Eihautresten, der Wochenfluss etwas übelriechend, der linke Rand des Uterus etwas empfindlich;

am 4. Tage Mrg. T. 37,5, P. 66. Abd. T. 37,5, P. 72

Die Temperatur während des Tages 37,5;

am 5. Tage Mrg. T. 37,3, P. 78. Abd. T. 37,5, P. 78

am 6. „ „ T. 37,6, P. 70. Abd. T. 37,6, P. 84

am 7. „ „ T. 39.0, P. 104. „ T. 40,0, P. 84

12 h. 40,4, 8¾ h 39,0

am 8. „ „ T. 37,2, P. 84. „ T. 37,0, P. 60

am 9. „ „ T. 37,9, P. 78. „ T. 40,6, P. 96

An diesem Tage hat Pat. zum ersten Male das Bett verlassen; es stellten sich alsbald Hitzegefühl und Kopfschmerzen ein, dass sie das Bett wieder aufsuchen musste.

Am 10. Tage Mrg. T. 37,4, P. 84. Abd. T. 37,3, P. 84

An diesem Tage ist Pat. aufgestanden; es sind keine besonderen Erscheinungen mehr aufgetreten, daher wurde sie am 11. Tage p. p. entlassen.

Eine seltene Folge der Retentio chorii, welche sehr bedenklich werden kann, besteht darin, dass durch eine feste Adhäsion des Chorions die ganze Placenta retinirt ist. Dieser Punkt wird durch folgenden Fall erläutert, der sich unter den 55 befindet:

Fr. A., eine 28 J. alte I para, war als Kind gesund, hatte die letzte Regel am 8. Juli 1872, war während

der Schwangerschaft gesund. Nachdem am 6. April die Wehen begonnen hatten, kam Kreissende Mittags auf den Gebärsaal. Am folgenden Tage Morgens Austritt der Frucht in erster Schädellage.

Da bei fortgesetztem Reiben des Fundus die Nachgeburt nicht austritt, wird in der Narcose die Adhärenz des Chorions, welche den Austritt verhinderte, gelöst und so die Entfernung manuell bewirkt. Darauf contrahirte sich der Uterus gut. Das Wochenbett verlief normal.

Wenn wir uns nun der Prognose zuwenden, so ist dieselbe quoad vitam wenigstens hier in der Klinik sehr gut. Denn unter den 55 Fällen starben 4, aber nicht durch Retentio chorii, sondern durch Krankheiten, welche diesem nicht zugeschrieben werden konnten (Rupt. coll. uter., Plac. praev.). Diese guten Erfolge sind wahrscheinlich der hier eingeschlagenen Therapie zuzuschreiben, nämlich der baldigen Entfernung der Eihautreste. Denn wenn auch hierüber kein Zeugniss vorliegt, so ist es doch mehr als wahrscheinlich, dass beim Zurücklassen der Eihautreste im Uterus die schweren Folgeerscheinungen dieser Affection das Mortalitätsverhältniss anders gestalten werden.

Wenn wir die Therapie ins Auge fassen, so müssen wir dieselbe historisch betrachten. Indess ist der Fall, den Hüter mittheilt, nicht sehr geeignet, die Behandlungsweise darzulegen. Denn Hüter wurde zu einer Frau gerufen, bei welcher in den ersten Tagen nach der Geburt kein Fehlen von Eihaut- oder Placentarresten bemerkt worden war. Bei dieser stellten sich einige Tage nach der Geburt heftige Nachwehen ein, der Umfang des empfindlichen Uterus war noch sehr bedeutend, der Muttermund offen. Er machte lauwarme Einspritzungen, führte dann zwei Finger ein zur Entfernung der zurückgehaltenen Theile. Diese erwiesen sich als Chorionbestandtheile.

Winkel behandelte die Verhaltung der Chorionreste durch Injection mit Kali hypermanganicum, um dadurch die Stücke auszuspielen und den Uterus zu desinficiren. Allein diese Behandlung nimmt er erst vor, wenn Folgeerscheinungen auftreten, übelriechender Wochenfluss. Diese Methode ist nicht sehr vertrauenerweckend, sie passt nur für einen kleinen Theil der Fälle. Wenn nämlich die verhaltenen Chorionreste dem Uterus adhärent sind, so kann man sich von einer Ausspülung keinen besonderen Erfolg versprechen. Denn der eine von den beiden Fällen, bei

welchen Winkel die Ausspülung vorgenommen hat ist zwar nicht tödtlich verlaufen, hätte aber doch einen sehr ernsten Ausgang nehmen können; es bestand nämlich ein 13 Tage lang andauerndes septicaemisches Fieber.

Da hier in der Klinik durch Verhaltung von Chorionresten vereinzelte Fälle von septicaemischer Natur vorgekommen sind, so schlug Herr Geheimrath Martin eine Methode ein, die der Therapie Winkel's vorzuziehen ist. Die Reste werden nämlich entfernt bald nach Aussonderung der Nachgeburt. Die Halbentbundene wird chloroformirt, und in der Seitenlage werden die verhaltenen Reste vermittelst zweier Finger, oder, wenn sie dem Uterus adhaerent sind, mit der ganzen Hand hinausbefördert. Dann werden erst Einspritzungen von Aq. Kreosot. mit Decoct. lini gemacht.

Welche günstige Erfolge dabei erzielt worden sind, geht daraus hervor, dass von den 55 Fällen 35 am 10. Tage, 12 zwischen dem 10. und 15. Tage nach der Geburt gesund entlassen worden sind.

Zum Schluss will ich nicht unterlassen, Herrn Geheimrath Martin für die Bereitwilligkeit, mit der er das Material mir zur Verfügung gestellt hat, den gebührenden Dank auszusprechen.

THESEN.

1. Ein Osteosarcom des Oberschenkels indicirt die sofortige Exarticulation und nicht die hohe Amputation desselben.
2. Der Hochstand des Kopfes bei mässig verengtem Becken contraindicirt das Anlegen der Zange.
3. Bei der Paracentese ist die Punction der Incision vorzuziehen.

Verfasser, Jude, am 15. September 1846 zu Schroda in der Provinz Posen geboren, erhielt seine Gymnasialbildung auf dem Mariengymnasium zu Posen, von welchem er Michaelis 1870 mit dem Zeugniss der Reife entlassen wurde. Bald darauf auf hiesiger Universität immatriculirt, absolvirte er im Juli 1872 das Tentamen physicum und am 26. Juni 1874 das Examen rigorosum. Während seiner Studienzeit besuchte er die Kliniken und Vorlesungen folgender Lehrer: Bardeleben, du Bois-Reymond, Busch, Fassbender, Fraentzel, Frerichs, Guttmann, Hartmann, Helmholtz, Henoch, Hofman, v. Langenbeck, Liebreich, Martin, Mendel, Meyer, Munk, Reichert, Schweigger, Tobold, Traube, Virchow. Allen diesen Herren spricht Verfasser seinen innigsten Dank aus.